

Allongement hypertrophique et prolapsus du col utérin pendant la grossesse

THÈSE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 29 Juillet 1938

POUR OBTENIR LE TITRE DE

Docteur de l'Université de Nancy

(Mention Médecine)

PAR

Judyta RABINOWICZ

née à Wilno (Pologne) le 7 Juin 1913

Examineurs de la Thèse :	{	MM. FRUHINSCHOLZ, professeur, <i>Président.</i>	{	<i>Juges.</i>
		ROBERT, professeur,		
		VERMELIN, agrégé,		
		CHALNOT, agrégé,		

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées sur les diverses parties de l'enseignement médical

NANCY
IMPRIMERIE GRANDVILLE
10, RUE DE MALZÉVILLE

—
1938

**ALLONGEMENT HYPERTROPHIQUE
ET PROLAPSUS DU COL UTÉRIN
PENDANT LA GROSSESSE**



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547411_0037

Allongement hypertrophique et prolapsus du col utérin pendant la grossesse

THÈSE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 29 Juillet 1938

POUR OBTENIR LE TITRE DE

Docteur de l'Université de Nancy

(Mention Médecine)

PAR

Judyta RABINOWICZ

née à Wilno (Pologne) le 7 Juin 1913

Examineurs de la Thèse :	{	MM. FRUHINSHOLZ, professeur, <i>Président.</i>	{	<i>Juges.</i>
		ROBERT, professeur,		
		VERMELIN, agrégé,		
		CHALNOT, agrégé,		

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées sur les diverses parties de l'enseignement médical

NANCY
IMPRIMERIE GRANDVILLE
10, RUE DE MALZÉVILLE

—
1938

Doyen : M. L. SPILLMANN, C. ✱, I ☼

Professeurs honoraires : MM. NICOLAS, ✱, I ☼

WEISS, O ✱, I ☼ ; BOUIN, O ✱, I ☼ ; ANGEL, ✱, I ☼ ;
GARNIER, ✱, I ☼ ; MACÉ, ✱, I ☼ ; P. PARISOT, O ✱, I ☼ ;
DUFOUR, ✱, I ☼ ; HOCHE, O ✱, I ☼ ;
FROELICH, ✱, I ☼ ; LAMBERT, ✱, I ☼.

Professeurs :

Clinique des malad. syphilit et cutanées.	M. L. SPILLMANN, C. ✱, I. ☼.
Clinique obstétricale et d'accouchements.	M. A. FRUHINSHOLZ, O. ✱, I. ☼.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.	M. P. JACQUES, ✱, I. ☼.
Clinique de chirurgie urinaire	M. P. ANDRÉ, O. ✱, I. ☼.
Histologie	M. R. COLLIN, ✱, I. ☼.
Anatomie descriptive	M. M. LUCIEN, O. ✱, I. ☼.
Clinique médicale	M. L. RICHON, ✱, I. ☼.
Chimie médicale	M. H. ROBERT, ✱, I. ☼.
Clinique médicale	M. M. PERRIN, ✱, I. ☼.
Hygiène et médecine préventive	M. J. PARISOT, C. ✱, I. ☼.
Clinique chirurgicale	M. HAMANT, ✱, I. ☼.
Clinique ophtalmologique	M. P. JEANDELIZE, ✱, A. ☼.
Physiologie	M. SANTENOISE, ✱, I. ☼, A. ☼.
Clinique des maladies des enfants	M. L. CAUSSADE, ✱, I. ☼.
Bactériologie et parasitologie médicale..	M. DE LAVERGNE, ✱, I. ☼.
Thérapeutique	M. SIMONIN, I. ☼.
Clinique gynécologique	M. BINET, ✱, I. ☼.
Pathologie chirurgicale	M. BARTHELEMY, ✱, I. ☼.
Anatomie pathologique	M. WATRIN, ✱, I. ☼.
Hydrologie	M. L. MERKLEN, I. ☼.

M. JOB, ✱, I ☼, professeur sans chaire.

Chargés de cours complémentaires :

Clinique des maladies tuberculeuses	M. ABEL, ✱, I. ☼, agrégé.
Pathologie générale	M. P. SIMONIN, I. ☼, prof.
Clinique gynécologique	M. DROUET, I. ☼, agrégé.
Thérapeutique chirurg. et tech. opérat.	M. A. BINET, ✱, I. ☼, professeur.
Clinique des maladies contagieuses	M. GUILLEMIN, I. ☼, agrégé.
Clinique des vieillards	M. DE LAVERGNE, ✱, I. ☼, profes.
Propédeutique dermatologique	M. DROUET, I. ☼, agrégé.
Pathologie externe	M. WATRIN, ✱, I. ☼, professeur.
Electrothérapie et radiologie	M. M. BARTHELEMY, ✱, I. ☼, prof.
Accouchements (Cours théorique)	M. G. LAMY, ✱, I ☼, ch. du c., ag. lib.
Obstétrique	M. JOB, ✱, I. ☼, profess. sans chaire.
Clinique et propédeutique chirurgicale...	M. VERMELIN, ✱, I. ☼, agrégé.
Clinique propédeutique médicale	M. CHALNOT, agrégé.
Anatomie et médecine légale	M. KISSEL, agrégé.
Pathologie interne	M. MUTEL, ✱, I. ☼, agrégé.
Clinique des maladies mentales	M. ABEL, ✱, I. ☼, agrégé.
Education physique (1)	M. HAMEL, ✱, docteur.
Clinique neurologique (1)	M. L. MERKLEN, I. ☼, professeur.
Propédeutique O.-R. L. (1)	M. MICHON, docteur.
Parasitologie	M. AUBRIOT, ☼, docteur.
	M. DOMBRAY, ☼, docteur.

Agrégés en exercice :

M. FLORENTIN, A. ☼.	M. VERMELIN, ✱, A. ☼.
M. BODART.	M. GUILLEMIN, A. ☼.
M. CHALNOT.	M. ABEL, ✱, A. ☼.
M. WOLFF, A. ☼.	M. DROUET, A. ☼.
M. MELNOTTE, O ✱.	M. KISSEL.
M. MUTEL, ✱, I. ☼.	

Agrégés libres :

MM. G. GROSS, ✱, I ☼ ; S. REMY, I ☼ ; BUSQUET, I ☼ ;
LAMY, ✱, I ☼.

M. E. TRIBOLET, I ☼, Secrétaire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.



A MA MÈRE ET A MON PÈRE

Qui ont fait de mon éducation et de mon instruction le souci constant et le but unique de leur existence, j'exprime ici mon affection filiale profonde, pour que leur vie faite toute de la modestie et de l'amour pour les siens, puisse servir comme exemple à la mienne.

A MA SŒUR CHÉRIE

A MONSIEUR LE DOCTEUR S. LANDE

Expression de mon affection sincère.

A MONSIEUR LE DOCTEUR I. BRENMIREL

Expression d'amitié profonde.

A MADEMOISELLE H. HERSZFELD

Chirurgienne-dentiste

En souvenir de la vie d'étudiante.

A CEUX QUI M'AIMENT

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur A. FRUHINSHOLZ

Professeur de Clinique Obstétricale et Accouchements

Officier de la Légion d'honneur

Officier de l'Instruction publique

A MES JUGES

Monsieur le Professeur H. ROBERT

Professeur de Chimie médicale

Chevalier de la Légion d'honneur

Officier de l'Instruction publique

Monsieur le Professeur agrégé VERMELIN

Professeur agrégé de Clinique Obstétricale

Chevalier de la Légion d'honneur

Officier de l'Instruction publique

Monsieur le Professeur agrégé CHALNOT

Professeur agrégé de Clinique

et propédeutique chirurgicale

INTRODUCTION

L'allongement hypertrophique du col utérin est une affection relativement rare. Maleviele (Thèse de Lyon, 1921) a rassemblé dans la littérature française et étrangère 17 observations concernant la grossesse survenue chez des femmes atteintes de cette lésion.

Le pronostic de cette dystocie est très différent suivant les auteurs. Les uns trouvent que c'est une dystocie assez sérieuse qui doit être traitée par l'ablation du col utérin pendant la grossesse (Potocki). D'autres ont démontré que l'accouchement, dans le cas de l'hypertrophie du col, peut être spontané (Savage) sans aucune intervention chirurgicale.

A la Maternité de Nancy, dans le cas de l'allongement hypertrophique du col, on ne pratique jamais d'interventions chirurgicales pendant la grossesse. Par des moyens très simples — mise de la femme au repos, siège surélevé et l'hygiène — on est arrivé à réduire cette lésion, à éviter cette dystocie et à déclencher l'accouchement spontané.

La question de l'allongement hypertrophique du col était très largement discutée dans le siècle passé et au commencement du xx^e siècle. Mais depuis la thèse

de Maleviele (1921, Lyon), nous n'avons trouvé que très peu de matériel concernant ce sujet.

Et pour cette raison, nous sommes heureux de revoir cette question.

Nous remercions de tout notre cœur notre Maître et Président de thèse, Monsieur le Professeur Fruhinsholz, qui a bien voulu nous inspirer le sujet de cette thèse et qui nous a confié la réalisation de ce travail.

DÉFINITION ET ÉTIOLOGIE

Définition. — Par allongement hypertrophique du col utérin, on comprend le col gros, dur, violacé, incolore, qui fait saillie fréquemment hors de la vulve. On voit cette lésion en général chez les multipares et comme sa pathogénie on incrimine l'inflammation.

Étiologie. — L'allongement hypertrophique du col utérin est une lésion relativement rare et les femmes atteintes de cette lésion deviennent rarement enceintes.

Maleviele a trouvé 17 observations traitant l'allongement hypertrophique. En étudiant les archives de la Maternité de Nancy, nous avons trouvé depuis 1921 jusqu'en 1937, 4 cas d'allongement hypertrophique du col avec ou sans prolapsus évident.

Si on compte en moyenne 2.500 accouchements par an, alors pendant 17 années on a eu 42.500 accouchements et seulement 4 cas d'allongement hypertrophique !

Il est intéressant d'indiquer combien, dans les observations, il y a de cas de primipares et combien de multipares.

Sauvage : Allongement pendant la 2^e grossesse et pendant la 3^e grossesse.

Denitriades : Allongement du col utérin chez une multipare.

Denitriades : Allongement après le 1^{er} accouchement.

Schwartz : Allongement après le 2^e accouchement.

Gallard : Allongement pendant la 3^e grossesse.

Cazeau : Allongement pendant la 4^e grossesse (l'allongement est apparu après la 1^{re} grossesse.)

Frelat : Allongement pendant la 7^e grossesse.

Maleviele : Allongement hypertrophique du col utérin chez une primipare.

Le Masson : Allongement chez une primipare, après chez une secundipare.

Observation due à l'obligeance de M. le Professeur Fruhinsholz : Allongement et prolapsus pendant la 2^e grossesse.

Observation I : Allongement et prolapsus pendant la 2^e et pendant la 3^e grossesse.

Observation II : Allongement chez une secundipare.

Observation III : Allongement pendant la 7^e grossesse.
Après le 4^e accouchement, début d'allongement du col.

Observation IV : Allongement et prolapsus pendant la 9^e grossesse. Début pendant la 7^e grossesse.

On croit alors que c'est une lésion qui peut exister avant la grossesse.

On a vu l'allongement hypertrophique du col utérin chez les multipares, chez les vierges, même. Dans ces cas-là, la lésion est dans la plupart des cas peu accentuée et elle passe inaperçue jusqu'à la défloration. Dans ce cas, c'est une lésion congénitale. Ces cas de l'allongement hypertrophique du col sont rares. En général, on voit cette lésion chez les multipares, même chez les grandes multipares et elle coïncide fréquemment avec le prolapsus utérin.

Potocki : Hypertrophie de la portion intra-vaginale du col utérin.

Benicke : Prolapsus avec allongement hypertrophique du col aggravé par la grossesse.

Balocchi : Allongement hypertrophique du col.

Ribemont-Dessaigues : Allongement hypertrophique du col avec un prolapsus.

Boni : Allongement avec le prolapsus.

Sauvage : 1) Allongement hypertrophique ;
2) Allongement hypertrophique avec un œdème superficiel.

Gallard : Allongement hypertrophique avec une rétroflexion de l'utérus.

Trélat : Allongement hypertrophique de l'utérus avec un prolapsus sans cystocèle ni rectocèle.

Témoin : Allongement hypertrophique. Métrite chronique. Cystocèle légère sans prolapsus utérin.

Témoin : Hypertrophie du col utérin avec prolapsus, cystocèle, rectocèle.

Chanteloube : Hypertrophie du segment vaginal du col ; abaissement de l'utérus. Légère cystocèle.

Dubreine : Prolapsus utérin avec cystocèle et rectocèle.

Le Masson : Allongement hypertrophique avec ante-flexion.

Maleviele : Allongement hypertrophique du col.

Observation due à l'obligeance de M. le Professeur Fruhinsholz : Allongement hypertrophique avec un prolapsus et rétroflexion de l'utérus.

Observation I : Allongement hypertrophique avec un prolapsus et cystocèle.

Observation II : Allongement hypertrophique du col.

Observation III : Allongement hypertrophique du col.

Observation IV : Allongement hypertrophique avec prôlapsus.

L'allongement hypertrophique n'apparaît fréquemment qu'après un certain nombre de grossesses.

Dans l'observation III, on voit que l'allongement était signalé pour la première fois pendant la 5^e grossesse. Les grossesses suivantes ont produit l'accentuation de la lésion préexistante.

Dans l'observation IV on note l'allongement et le prolapsus pendant la 9^e grossesse. Mais cette lésion est apparue pour la première fois pendant la 7^e grossesse.

PATHOGÉNIE

Pour comprendre la pathogénie de l'allongement hypertrophique du col utérin, il faut distinguer deux cas : l'allongement congénital, qu'on voit chez les primipares, chez des vierges même, et l'allongement qu'on voit chez les multipares chez lesquelles chaque grossesse qui suit produit l'accentuation de cette lésion.

Dans le premier cas — dans le cas de lésion congénitale des primipares — on incrimine comme pathogénie de cette lésion la malformation utérine. Et en réalité, on a vu fréquemment chez des femmes atteintes de cette lésion sauf l'allongement hypertrophique du col, aussi d'autres malformations utérines. Dans le deuxième cas, on voit que les grossesses produisent l'accentuation de cette lésion. Ici la multiparité peut expliquer dans un certain degré la pathogénie de cette lésion. On voit chez les multipares, au niveau du col, des érosions de la muqueuse, des cicatrices après des déchirures.

Ces lésions sont la porte d'entrée pour les microbes. Les agents pathogènes venus du vagin produisent au

niveau du col les lésions inflammatoires, une métrite cervicale.

On a remarqué chez plusieurs femmes qui présentaient l'allongement hypertrophique du col, des pertes plus ou moins importantes, indice de la métrite concomitante. Cette métrite, comme toutes les lésions inflammatoires, peut expliquer l'hypertrophie par la production du tissu nouveau, inflammatoire, d'origine conjonctive.

Les recherches anatomo-pathologiques ont démontré que sur la portion hypertrophiée on trouve des lésions inflammatoires.

Alors, on peut conclure que la pathogénie de cette lésion s'explique par des lésions inflammatoires, qui se produisent au niveau de la muqueuse et du tissu profond du col.

Un certain degré d'œdème et des ulcérations superficielles qu'on voit fréquemment sont des lésions surajoutées. Le col gros, prolabé, est irrité constamment par des frottements. Il se produit des érosions de la muqueuse et des plaies superficielles. Un peu d'œdème s'ajoute à ces lésions.

Mais si on enlève le bandage de corps et si on met la femme au repos, si on ajoute des soins d'hygiène, l'œdème et les ulcérations disparaissent.

La grossesse qui normalement produit l'augmentation du col, agit ici aussi comme agent hypertrophiant et produit l'augmentation du col déjà allongé. Il y a des cols hypertrophiés qui n'apparaissent pas au niveau de la vulve.

Mais une fois la grossesse survenue, ces cols font

saillie hors de la vulve. Une nouvelle grossesse produit l'augmentation du col déjà hypertrophié et de cette façon on peut expliquer pourquoi les grandes multipares par excellence sont atteintes de cette lésion.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Il faut diviser l'allongement hypertrophique en allongement de la partie sus-vaginale et de la partie intra-vaginale. Cette dernière est plus fréquente.

Dans l'hypertrophie sus-vaginale, l'augmentation se fait seulement suivant l'axe longitudinal, tandis que dans le cas de l'hypertrophie intra-vaginale l'hypertrophie est portée sur le trois diamètres.

La longueur de la portion hypertrophiée est de 4 à 7 cm. et même plus ; si l'hypertrophie n'est pas marquée, le col reste dans le vagin ; si elle dépasse 7 cm., le col sort hors de la vulve et fait saillie au dehors.

Chez les multipares, à la suite de la métrite chronique persistante du col, on voit fréquemment l'augmentation qui se porte sur tous les diamètres. La partie inférieure du col est surtout tuméfiée. On donne à ces cols hypertrophiés le nom de cols en « battant de cloche ».

Les diamètres antéro-postérieurs et transversaux qui ont normalement 2-3 cm. atteignent 4-5 cm.

Quelquefois le col hypertrophié prend la forme conique ou cylindrique.

Mais sous cette forme, l'hypertrophie survient surtout chez la primipare.

L'hypertrophie peut se porter sur une lèvre et en général c'est la lèvre antérieure qui est hypertrophiée. Le reste du col reste normal ou même il paraît un peu effacé.

On a aussi noté une forme rare de l'hypertrophie double, portant sur les deux lèvres, qui restent séparées l'une de l'autre par un sillon transversal.

Les formes d'hypertrophie sont très nombreuses, difficiles à décrire. L'examen microscopique fait sur la portion du col hypertrophié enlevé chez une multipare montre que les lésions sont d'origine inflammatoire, et sont portées sur le tissu musculaire, conjonctif, vaisseaux, artères, veines et glandes.

L'examen histologique a démontré l'hypertrophie du tissu conjonctif adulte qui, en se développant, a chassé les éléments musculaires, ce qui explique la diminution de tissu musculaire.

Au niveau de vaisseaux, les lésions sont très apparentes : il y a une sclérose périvasculaire très accusée. On note l'endartérite oblitérante. Les thromboses et phlébites sont aussi très prononcées.

Les veines sont transformées, d'autre part, en sinus irréguliers, à parois épaisses.

L'épiderme est en beaucoup de points incomplète.

Les lymphatiques sont considérablement dilatés.

On trouve sous l'épiderme des glandes en grappes hypertrophiées, à cellule, muqueuses distendues, remplies des éléments desquamés, mêlés de leucocytes.

On trouve des cellules rondes, qui forment des fol-

licules inflammatoires, qui peuvent atteindre le volume de follicule clos de l'intestin.

L'examen histologique a démontré que la pathogénie inflammatoire de l'hypertrophie du col est justifiée, au moins chez les multipares..

SYMPTOMATOLOGIE

L'allongement hypertrophique du col peut se porter soit sur la portion sus-vaginale, soit sur la portion intra-vaginale du col utérin.

L'allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale est rare.

A l'inspection, on voit que le volume de l'abdomen est plus grand que normalement au même âge de la grossesse.

La palpation donne les mêmes renseignements. Le fond utérin est plus surélevé que normalement.

Au toucher : On sent une masse qui se trouve entre la portion vaginale du col et le col utérin. Cette masse immobile est la portion sus-vaginale du col utérin hypertrophié et allongé.

Les troubles fonctionnels sont peu importants. La femme peut se plaindre quelquefois d'une certaine pesanteur et d'une certaine gêne. Quelquefois on a noté des symptômes de compression vésicale — fréquence de la miction.

L'hypertrophie de la portion intra-vaginale du col utérin est plus fréquente. Ici il faut différencier deux cas : ou le col est peu hypertrophié et son allonge-

ment est insuffisant pour faire saillie en dehors, ou dans l'autre cas l'allongement est si considérable que le col hypertrophié fait saillie hors de la vulve.

La femme consulte le médecin parce qu'elle présente en général des légères douleurs lombaires, des douleurs dans l'aîne, des tiraillements dans le bas-ventre. Ce sont des symptômes de compression des plexus nerveux. La femme se plaint d'une certaine gêne à la marche. Après la station prolongée, après des efforts et des fatigues, les douleurs lombaires et la gêne pendant la marche augmentent.

Quelquefois elle présente des troubles du côté de l'appareil urinaire et digestif. Elle présente de la constipation opiniâtre, due à la compression rectale. Les troubles gastriques consécutifs sont fréquents. Les troubles de la miction, dus à la compression vésicale, sont relativement fréquents. Il y a la fréquence de la miction.

Mais tous ces troubles ne sont pas importants. La femme présente fréquemment de la leucorrhée, des pertes plus ou moins abondantes, muco-purulentes ou purulentes, qui sont l'indice de la métrite concomitante. On note aussi les écoulements sanguinolents. Si le col fait saillie en dehors, la malade s'en aperçoit et vient consulter le médecin. Elle indique que cette tumeur n'est pas douloureuse.

A l'inspection, on ne voit rien si l'hypertrophie est peu marquée. Mais si on fait pousser la femme en écartant les grandes lèvres, on voit quelquefois le museau de tranche apparaître au niveau de l'orifice vulvaire, mais le col rentre, aussitôt que l'effort cesse.

Si l'hypertrophie est assez marquée pour faire saillie en dehors, on voit alors à l'inspection une masse hors de la vulve.

Quand on examine la femme couchée, le col hypertrophié est en général caché dans le vagin. Mais si on examine la femme debout, le col prolabe en dehors de l'orifice vulvaire sous l'action de la pesanteur.

Cette masse qui fait saillie peut être d'une forme conique, cylindrique ou en « battant de cloche ». Elle est rose ou plus fréquemment violacée à cause de stases veineuses et à cause de la circulation de retour défectueuse.

Au niveau du sommet du col qui est œdématié, légèrement convexe et arrondi, on voit l'orifice externe du col utérin. La muqueuse est dans un état dépoli et épidermisé. L'œdème et les ulcérations superficielles sont fréquentes dans le cas de prolapsus important. Ce sont des lésions surajoutées, qui peuvent être douloureuses et gênantes. L'hypertrophie du col pur, sans lésions surajoutées, n'est jamais douloureuse, c'est une lésion parfaitement indolore.

A la palpation, au début de la grossesse, le col hypertrophié est dur. Le ramollissement qui se produit normalement pendant la grossesse est ici, dès le début de la gestation, masqué à cause du volume anormal du col. Le fond utérin se trouve à sa place normale s'il n'y a pas de prolapsus utérin concomitant. Le toucher démontre que la tumeur qui fait saillie hors de la vulve prolonge le col utérin. On a alors à faire à une hypertrophie.

Les culs-de-sac vaginaux sont normalement profonds, ou même quelquefois plus approfondis.

Si on refoule le col dans le vagin, on arrive à faire disparaître la tumeur. Le refoulement est toujours possible, mais peut être plus ou moins facile. Mais le refoulement aussitôt fini, le col prolabe de nouveau en dehors.

Au début de la gestation, la face antérieure de l'utérus forme avec la direction du col un angle presque droit. Mais quand on se rapproche de la fin de la grossesse, on voit que l'utérus augmente son antéversion, l'angle formé de sa face antérieure et du col devient moins obtus.

Le ramollissement du col se produit quand la gestation progresse.

Tous les symptômes énumérés s'exagèrent.

L'issue du col devient de plus en plus accentuée. L'engagement profond de la présentation fœtale produit l'accentuation du prolapsus.

On voit, en conséquence, que la grossesse produit l'accentuation des symptômes de l'hypertrophie. On peut avoir, sauf l'hypertrophie totale, portée sur tout le pourtour du col, l'hypertrophie localisée, au niveau d'une lèvre, soit antérieure, soit postérieure.

En général, c'est la lèvre antérieure qui est hypertrophiée et elle fait saillie hors de la vulve comme une languette épaisse au sommet de laquelle on ne trouve pas d'ouverture.

L'autre lèvre reste en état normal ou est au contraire atrophiée. Sa concavité est dirigée en bas et elle limite l'ouverture du col.

Halbrecht, dans son observation, cite un cas concernant cette hypertrophie partielle. La lèvre hypertrophiée avait une forme polynoïde, elle était œdématisée et ulcérée et saignait facilement.

Sauf des formes pures de l'allongement hypertrophique, il y a fréquemment des formes associées, où à côté de cette lésion on peut trouver d'autres lésions concomitantes.

Chez les primipares, on note des malformation utérines.

Chez les multipares, la métrite est fréquente.

Aussi, chez les multipares il existe en général un certain degré de prolapsus utérin, qui justifie et explique l'efficacité du traitement pratiqué dans le cas de cette lésion à la Maternité de Nancy. (La réduction spontanée se produit habituellement par le repos couché prolongé.)

Le prolapsus utérin est habituel dans les premiers mois de la grossesse. Il peut être ici plus ou moins combiné avec un certain degré de rétroversion de l'utérus gravide. Mais depuis le quatrième mois de la gestation, l'utérus devient un organe abdominal et le prolapsus tend à disparaître.

L'existence d'un certain degré de prolapsus explique la nécessité de repos couché, qui produit habituellement la réduction spontanée de la lésion et permet après l'accouchement spontané.

L'existence du prolapsus et allongement hypertrophique coïncidant est fréquente. Dans le cas de la première observation, on voit que le col n'apparaît à la vulve qu'à la fin de la deuxième gestation, en-

traîné par un prolapsus de la paroi vaginale antérieure.

Dans le cas de la quatrième observation, on voit aussi la coïncidence de l'allongement hypertrophique et du prolapsus.

Dans l'observation V, on voit un prolapsus pendant la première grossesse. Pendant la deuxième gestation, au prolapsus s'ajoute l'allongement hypertrophique du col. Cet allongement apparut au début de la grossesse et dura pendant toute la gestation. Le col affleure la vulve et la dépasse. Il est gros, œdématisé avec une ulcération circulaire rouge vif. Au toucher, les culs-de-sac remontent de 3 à 4 cm. dans le vagin. L'utérus est rétrofléchi.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Le diagnostic de l'allongement hypertrophique du col est en général facile.

En présence d'un col dur, gros, violacé, qui fait saillie hors de la vulve, il faut se demander si cette lésion est due à l'hypertrophie ou si on a à faire à un prolapsus utérin.

Dans les deux cas, on a à faire en général à des multipares.

Mais dans le cas de l'allongement hypertrophique pur, on ne note ni de cystocèle, ni de rectocèle, pendant que dans le cas du prolapsus utérin l'absence totale du prolapsus vésical ou rectal est rare. On ne note pas de lésions du périnée dans le premier cas, pendant que dans le second cas, on a en général un périnée effondré, présentant des traces des déchirures et des cicatrices.

Si on fait le toucher, on voit dans le cas de l'hypertrophie, que les culs-de-sac vaginaux sont normalement profonds, jamais effacés ; dans le cas de prolapsus utérin, au contraire, les culs-de-sac sont aplatis ou même effacés. Ici, le col n'est pas allongé anormalement, le rapport entre la longueur du corps et

du col utérin reste normale, pendant que dans le cas d'allongement hypertrophique seulement, la longueur du col est augmentée anormalement (14 cm. dans le cas noté par Potocki).

D'autre part, nous avons vu que la grossesse augmente progressivement l'hypertrophie du col, qui devient de plus en plus saillant.

Mais le contraire se produit chez les femmes atteintes d'un prolapsus utérin. Ici, quand l'utérus devient assez gros pour devenir abdominal, il s'élève progressivement et le prolapsus diminue peu à peu, le col entre dans le vagin et cesse d'être visible en dehors.

Mais les cas où l'allongement hypertrophique et le prolapsus coïncident sont fréquents.

Dans ce cas, le prolapsus peut être si léger, qu'il peut passer cliniquement inaperçu. Mais dans d'autres cas, il est évident et peut exister avant l'apparition de l'allongement.

Dans l'observation V, le prolapsus existe le long de la première gestation sans allongement hypertrophique du col. Au toucher, on constate que les culs-de-sac remontent à 3 ou 4 cm. dans le vagin. Durant la deuxième grossesse, le prolapsus reste malgré la ligamentopexie. Mais pendant la deuxième gestation, on note aussi l'allongement hypertrophique du col, qui est gros, œdédié, ulcéré et qui fait saillie hors de la vulve.

Dans l'observation I, l'allongement hypertrophique est apparu à la fin de la deuxième gestation. Le col est dans ce cas entraîné hors de la vulve par un prolapsus de la paroi vaginale antérieure.

L'allongement hypertrophique du col ne peut guère être confondu avec l'allongement œdémateux (œdème aigu du col).

C'est un œdème qui apparaît tardivement à la fin de la grossesse ou le plus fréquemment pendant le travail.

Cet œdème est d'origine mécanique, dû aux troubles circulatoires. Les troubles circulatoires sont provoqués par la compression du col entre la partie fœtale qui se présente et le bassin.

On voit cette dystocie se produire dans le cas de rétrécissement du bassin, ou dans le cas de la présentation volumineuse. On a à faire en général à une primipare.

On note la rupture précoce des membranes, qui produit l'augmentation de l'œdème. Cathala explique que « l'œdème du col constitue donc une dystocie secondaire, surajoutée à une dystocie primitive ».

Dans le cas d'œdème du col, l'apparition d'œdème est rapide et aiguë pendant que l'allongement évolue progressivement et lentement et dans l'allongement hypertrophique on ne note ni de dystocie d'origine maternelle, comme le rétrécissement du bassin, ni une présentation anormale, qui peut être la cause de dystocie, ni une rupture précoce des membranes, qui influence l'augmentation d'œdème ou est à son origine.

Toutefois, les cols primitivement hypertrophiques peuvent, eux aussi, s'œdématier d'une façon aiguë au cours de la gestation et surtout dans les dernières semaines de celle-ci. L'œdème aigu du col n'est que

l'exagération du phénomène physiologique du ramollissement du col. Mais il survient principalement à la suite d'efforts, qui repoussent le segment inférieur de l'utérus dans le bassin et entravent la circulation veineuse du col. Celui-ci devient violacé, hypertrophié, mollasse, œdémateux, et on le voit souvent saillir à la vulve sous forme d'un cylindre énorme, plus ou moins long. Le col est réductible dans le vagin à cause de sa mollesse et après réduction, si la femme reste au repos l'hypertrophie œdémateuse disparaît, mais peut se reproduire plus tard, sous l'influence de nouveaux efforts.

Au cours de la gestation, l'œdème superficiel peut compliquer l'allongement hypertrophique ou le prolapsus du col. Mais c'est une lésion surajoutée, produite par l'irritation du col prolabé, qui fait saillie en dehors. Cet œdème disparaît, si on met la femme au repos prolongé.

PRONOSTIC DE L'ACCOUCHEMENT

Le pronostic de l'accouchement dans le cas de l'hypertrophie du col utérin était diversement interprété suivant les auteurs.

Certains auteurs (Potocki) indiquent les difficultés de l'accouchement et considèrent cette dystocie comme grave si on n'intervient pas au cours de la grossesse.

D'autres, au contraire, affirment que l'allongement hypertrophique du col ne peut être considéré comme une dystocie grave, qui nécessite une intervention chirurgicale, parce que sans aucune intervention ils ont vu l'accouchement se produire spontanément chez des femmes atteintes de cette lésion.

Nous voudrions indiquer ici les différentes opinions, pour pouvoir enfin indiquer le pronostic qu'on fait dans ce cas à la Maternité de Nancy.

Benicke a publié une observation vue dans le service de Schroeder. Il indique les difficultés de l'accouchement dans le cas de l'hypertrophie causée par la rigidité de l'orifice externe, qui, malgré que le col s'efface, est l'obstacle infranchissable pour que la dilatation puisse se produire et l'accouchement spon-

tané ne puisse pas avoir lieu. Il est arrivé à dilater le col par l'introduction d'un petit dilatateur de Bornes. Il l'a remplacé après par un dilatateur d'un plus fort calibre, sans arriver à la dilatation. Constatant que la dilatation ne se fait pas, on pratique des incisions superficielles de l'orifice externe. Mais ce procédé est non plus efficace. La dilatation n'avance pas ; alors après 5 heures, on fait des incisions profondes au niveau de l'orifice externe du col et par l'application de forceps on arrive à dilater peu à peu le col et on extrait l'enfant vivant.

Mais il faut savoir, qu'au lieu où ont été faites ces incisions, se produira du tissu dur, inextensible, scléreux qui sera un obstacle pour les accouchements ultérieurs.

Comme Benicke, Bolocchi, Trurzi, Fleischmann indiquent la nécessité des incisions multiples portées sur le col et l'application du forceps. Dans le cas de mort de l'enfant, ils trouvent nécessaire de finir l'accouchement par la craniotomie.

De même dans l'observation publiée par Boui, il indique la dystocie grave qui peut causer l'hypertrophie du col et il trouve que dans ces cas il faut pratiquer l'amputation du col au cours de la grossesse.

Potocki trouve que dans le cas de l'hypertrophie, pour éviter la dystocie qui peut se produire et être grave pour la vie de la mère et de l'enfant, il faut pratiquer l'amputation du col pendant la gestation. Il trouve que le col ne se ramollit pas suffisamment pendant la grossesse pour pouvoir s'effacer et dilater suffisamment au moment de l'accouchement.

Potocki trouve que dans le cas d'hypertrophie intra-vaginale du col, l'amputation du col est indiquée. Il montre qu'on peut éviter l'avortement qui peut se produire à cause du traumatisme, par injection préalable du chlorhydrate de morphine. Il faut opérer au moment optimum de la grossesse, c'est-à-dire pendant le quatrième mois.

Il trouve aussi qu'il ne se produit pas de rétraction cicatricielle du col, si elle est faite aseptiquement et si on a pris soin d'affronter exactement les muqueuses vaginales et intra-cervicales, en sorte qu'il n'y ait aucun obstacle à la dilatation de l'orifice au moment de l'accouchement.

Tarnier prétend que le volume et l'épaisseur du col apportent un obstacle considérable à la dilatation, qui se fait très lentement. L'accouchement, pour Tarnier, se termine rarement spontanément, le pronostic est sombre pour l'enfant qui succombe fréquemment à cause du travail qui traîne en longueur. Et Tarnier considère qu'il faut intervenir par tentatives de dilatation faite par introduction du ballon de Barnes dans la cavité du col. Si on n'arrive pas à dilater le col, il faut faire des incisions multiples et profondes et après extraire l'enfant par le forceps.

D'autres auteurs, comme Müller, Charpatier, indiquent aussi les cas de dystocie séreuse qui a causé la mort de l'enfant et l'extraction après la craniotomie.

Maleviele, dans sa thèse, apporte l'observation du service du Docteur Planchu. Il montre que l'accouchement spontané, sans aucune intervention, est une

rareté, parce qu'après une expectation prolongée pendant 50 heures, l'effacement complet est impossible à cause du « bourrelet fibreux, dur, indilatable ».

Le Masson trouve aussi que l'accouchement normal, sans intervention, est impossible, parce que le col n'arrive pas à se dilater suffisamment. Il cite une observation où le col pendant tout le travail était mou, non infiltré, non œdématié, mais il n'est pas arrivé à se dilater complètement. Après 14 heures de contractions, le col était effacé ; après 18 heures, la dilatation du col était de 5 frs et après, la dilatation est restée stationnaire.

Parce que le travail a duré plus de 50 heures sans arriver à la dilatation spontanée, l'auteur indique la nécessité d'intervention par la dilatation manuelle. La dilatation devient complète rapidement et l'accouchement se termine par expulsion spontanée d'un garçon vivant. La durée totale du travail était longue, le travail a duré 54 heures !

Le Masson indique que l'accouchement suivant peut se faire normalement. La même femme, 3 ans après, devient enceinte et après le travail qui dure 4 heures, expulse spontanément un enfant vivant et bien portant.

Mais les autres auteurs sont d'avis que l'accouchement, dans le cas de l'hypertrophie du col, peut se faire spontanément, sans aucune intervention sanglante.

Fritsch s'abstient de toute intervention : « ... Pendant la grossesse, le traitement consiste en injection de propreté. A l'accouchement, j'ai observé plusieurs

fois la disparition complète de la longue portion vaginale. L'effacement se produit comme pour un col ordinaire. Depuis que j'ai constaté cela, je m'abstiens de toute intervention. »

Sauvage rapporte aussi une observation concernant l'hypertrophie du col pendant la gestation. Cette lésion n'a pas produit de dystocie pendant l'accouchement. Après un travail de 15 heures environ, l'accouchement s'est terminé spontanément par l'expulsion d'un enfant vivant. La même femme devient enceinte 15 ans après. L'accouchement est cette fois-ci aussi spontané, mais l'auteur insiste sur la longueur du travail : 20 heures pour l'effacement du col et 5 heures pour la dilatation d'une paume de main. Alors Sauvage établit que l'accouchement spontané et dans de bonnes conditions est possible, malgré un allongement, même considérable, du col.

« ... Il ne faut point se hâter d'intervenir pendant le travail, même si le col présente un allongement hypertrophique considérable ; en y mettant de la patience, on peut avoir de véritables surprises et voir l'accouchement se terminer spontanément... »

Nous avons l'honneur de citer quelques observations faites sur les femmes présentant l'hypertrophie du col ; dans tous les cas, l'accouchement était spontané, le col s'effaçait et se dilatait normalement et l'expulsion ne présentait aucune difficulté.

Dans le cas de la première observation, la femme entre à la salle de travail à 15 heures, le 31 mars 1927, et à 15 h. 45 on constate que le col qui était gros, rouge violacé, œdémateux, ulcéré, est à peu près effa-

cé complètement et que la dilatation est à une grande paume. A 16 h. 10 la tête est à la vulve et la femme expulse, en 25 minutes, un garçon qui crie aussitôt.

La même Femme entre à la Maternité deux ans après, le 7 juillet 1929. Elle présente l'allongement hypertrophique et le prolapsus du col utérin. Elle entre à la salle de travail à 16 h. On arrive seulement à faire une toilette vaginale, quand la femme commence à pousser et expulse aussitôt une fille bien portante. On n'a pas eu le temps d'examiner la femme avant l'expulsion, parce que l'expulsion s'est produite si rapidement après que la femme a ressenti les douleurs et est entrée à la salle de travail.

Dans les deux cas concernant cette observation, on n'est pas arrivé à dire exactement combien la femme a mis de temps pour l'effacement et pour la dilatation du col, mais on voit que ce temps était très court.

D'autre part, on croit que la dilatation et l'effacement étaient tout à fait complets et que l'accouchement était tout à fait normal et spontané, sans provoquer la moindre difficulté.

La deuxième observation prise à la Maternité de Nancy, montre aussi l'accouchement spontané. La femme constate une hypertrophie du col, qui apparaît à la vulve pendant le septième mois de la gestation. C'est sa deuxième grossesse. La femme ressent ses premières douleurs le 7 janvier 1935, à 24 h. Elles s'intensifient, et vers 5 heures du matin elles deviennent régulières. On fait le toucher et on constate que le col est dilatable. La dilatation est à une petite paume. Vers 9 h. 45, la femme manifeste l'envie de

pousser et aussitôt la tête est aperçue à la vulve et la femme expulse un garçon de 3.300 gr. bien portant.

D'après cette deuxième observation, on voit aussi que l'allongement hypertrophique du col ne présente pas d'obstacle à l'accouchement spontané. Le travail n'était pas prolongé, parce que la femme a ressenti les premières douleurs à 24 h. et à 9 h. 45 elle a mis au monde son enfant.

La troisième observation concerne une grande multipare. Elle est à sa septième grossesse. A sa cinquième grossesse, datant de 1934, on note déjà l'existence d'un allongement hypertrophique du col ; la grossesse arrive à terme, mais l'enfant meurt à la naissance. La sixième gestation, datant de 1936, est terminée par l'application du forceps. On extrait un garçon de 4.500 gr., mort à la naissance. La septième grossesse est aussi dystocique. Mais ici la dystocie n'est pas due à l'allongement hypertrophique du col, parce qu'elle était réduite par les manœuvres très simples. On a mis la femme au repos, siège surélevé, et on est arrivé à réduire cette lésion.

Ici, on a à faire avec un cas de dystocie de grandes multipares. Les parois abdominales sont flasques, distendues, sans aucune tonicité. L'utérus est volumineux et dilaté et présente l'excès de liquide. La tête est très mobile.

Le 4 mai 1937, à 10 h., la femme entre à la salle de travail. Le toucher montre que le col est allongé, peu dilatable. Mais le toucher pratiqué à 17 h. 30 mon-

tre déjà que le col est très dilatable, jusqu'à la grande paume.

A 20 h. 30, la dilatation est pratiquement complète. Mais la tête reste toujours non engagée, elle se trouve à la partie haute. La femme pousse sans effet. La tête reste haute. La femme est fatiguée. Le 5 mai, à 20 h. 30, les battements sont bons. On fait l'application du forceps, mais on n'arrive pas à l'extraction. Il faut signaler que le col ne gêne pas. Après, on fait la deuxième prise, sans résultat. On fait alors la troisième fois l'application du forceps, mais on n'arrive pas à l'extraction. Les battements ne sont plus perçus. On fait alors l'accouchement par la cranioclasie.

Ici on a à faire avec un accouchement terminé par application du forceps et après par cranioclasie, pas à cause de l'hypertrophie du col, parce que la dilatation était complète et le col ne gênait pas pour que l'accouchement se produise spontanément. La dystocie était causée par la grande multiparité. Il faut indiquer que l'enfant était gros — une fille de 4.200 gr.

Dans l'observation IV, la femme est à la neuvième grossesse. Depuis la septième gestation, elle a présenté le prolapsus et l'allongement du col utérin. A ce moment, le prolapsus était peu accentué. Mais pendant la neuvième grossesse, le prolapsus et l'allongement s'accroissent et gênent la malade de plus en plus. Elle présente des difficultés de la miction et de la défécation. Elle accuse aussi des douleurs vésicales et lombaires. A chaque sortie de l'utérus, la femme perd du sang et des glaires.

On ordonne trois jours de repos, siège surélevé, et tout rentre dans l'ordre.

L'accouchement a lieu le 8 avril 1938.

Début de douleurs à 13 h.

A 15 h. 15, au toucher on constate que le col est effacé, dilaté comme une paume.

A 17 h., au toucher on trouve que la dilatation est complète. Les battements sont bons. A 17 h. 15, naît un garçon de 3.940 gr. qui crie aussitôt.

On voit, que malgré l'existence de l'allongement et du prolapsus, l'accouchement était tout à fait normal. La durée de l'accouchement était de 4 h. 15.

Le col prolabé est soumis aux frottements et tiraillements constants. Alors on s'est demandé si ces petits traumatismes constants ne seraient pas la cause de l'accouchement prématuré ou de l'avortement. Mais dans toutes les observations, on trouve seulement un seul cas d'avortement et un seul cas de l'accouchement prématuré (Hausson).

Alors il paraît que le col prolabé, malgré les apparences, n'est pas la cause provocatrice de l'interruption de la gestation.

Il faut indiquer que le col prolabé hors de la vulve, se trouve entre les jambes alors dans un milieu plus septique que le vagin. D'où l'infection plus facile et la cervicite fréquente dans le cas de l'allongement et de prolapsus du col utérin.

Conclusions :

Le pronostic de l'allongement hypertrophique du col utérin est en général bénin. On peut arriver, s'il

n'existe rien que cette dystocie, à l'accouchement spontané, sans aucune intervention sanglante, ni au cours de la gestation, ni pendant l'accouchement.

Les suites de couche, dans la plupart des observations, sont normales, apyrétiques. Le col, qui apparaît à la vulve fréquemment dans les jours qui suivent l'accouchement, ne produit aucun incident à signaler.

Il est intéressant, à titre documentaire, de fournir une statistique avec le nombre d'accouchements spontanés, d'interventions, d'enfants vivants et morts, avec la durée d'accouchement et les suites de couches.

Auteurs	Durée du travail	Interventions	Sort de la mère	Sort du fœtus	Suites de couches
PLAUCHU	40 h.	Incision, forceps.	Guérison	Vivant	Normales. Issue du cols hors de la vulve.
BENICKE	24 h.	Dilatation artificiel- le, incision, for- ceps.	Guérison	Vivant	Fébriles.
BALOCCHI	48 h.	Incision, forceps.	Mort par infection puerpérale	Vivant	Infection puerpérale.
BARNES	52 h.	Incision, dilatation artificielle, for- ceps.	Guérison	Vivant	Normales.
WEISENBERG	36 h.	Dilatation artificiel- le, incision, for- ceps.	Guérison	Vivant	Normales.
SMITH	24 h.	Forceps.	Guérison	Vivant	Normales.
ROPEL	Rapide	Accouchement spon- tané.	Mort par pyohémie	Vivant	Pyohémie.
WELLES	19 h.	Dilatation artificiel- le.	Guérison	Vivant	Normales.
SMITH	Long	Forceps.	Guérison	Vivant	Normales.
SAUVAGE	25 h.	Accouchement spon- tané.	Guérison	Vivant	Normales. Déchirure du col. Col repa- rait à la vulve.
SAUVAGE	15 h.	Accouchement spon- tané.	Guérison	Vivant	
GRIFFITH	15 h.	Accouchement spon- tané.	Mort par rupture utérine	Mort	Normales.

Auteurs	Durée du travail	Interventions	Sort de la mère	Sort du fœtus	Suites de couches
GRIFFITH	30 h.	Forceps.	Mort par infection puerpérale Guérison	Mort	Infection puerpérale.
RIBEMONT- DESSEIGNES ...	30 h.	Craniotomie.		Mort	Normales.
RONER	30 h.	Craniotomie.	Guérison	Mort	Normales.
BOULLY	24 h.	Basiotripsie.	Guérison	Mort	Fébriles.
TRURRI	24 h.	Craniotomie.	Guérison	Mort	
FLIDEMANN	21 h.	Craniotomie.	Guérison	Mort	
POTOCKI	3 h.	Amputation du col à 4 mois de la grossesse. Accou- chement à terme.	Guérison	Vivant	Normales. Museau de hanche fait une saillie d'un travers de doigt dans le vagin.
BONI	—	Amputation du col pendant la gros- sesse. Accouche- ment spontané à terme.	Guérison	Vivant	Normales. Prolapsus apparaît.
SCHROEDER	—	Amputation du col à 3 mois de la grossesse. Accou- chement à terme.	Guérison	Vivant	Normales.
HAUDSSON	—	Amputation du col à la fin du 3 ^e mois.	Guérison	Vivant	Normales.
HAUDSSON	—	Amputation du col ; accouchement prématuré.	Guérison		Normales.
HAUDSSON	—	Amputation du col. Avortement.	Guérison	Vivant	Normales.

LE MASSON	54 h.	Dilatation manuelle du col.	Guérison	Vivant	Normales.
LE MASSON	4 h.	Accouchement spon- tané.	Guérison	Vivant	Fébriles.
GALLARD	3 h.	Amputation du col utérin avant la grossesse.	Guérison	Vivant	
CAZEAUX		Accouchement spon- tané.	Guérison	Vivant	Normales. Col appa- rait hors de la vul- ve.
OBSERVATION I...	2 h. 30	Réduction de l'al- longement et du prolapsus par re- pos pendant la grossesse. Accou- chement spontané.	Guérison	Vivant	Normales. Prolapsus et l'allongement hypertrophique.
OBSERVATION I...	Très rapide	Accouchement spon- tané.	Guérison	Vivant	Normales.
OBSERVATION II..	4 h. 15	Réduction de l'allon- gement par le re- pos pendant la grossesse. Accou- chement spontané.	Guérison	Vivant	
OBSERVATION III.	9 h. 45	Réduction de l'allon- gement par repos pendant la gros- sesse. Application du forceps. Cra- niotomie.	Guérison	Mort	Normales.
OBSERVATION IV.	51 h. 30	Réduction de l'allon- gement et du pro- lapsus par le re- pos pendant la grossesse. Accou- chement spontané.	Guérison		Normales. Col hors de la vulve et cys- tocèle.

TRAITEMENT

Comme le pronostic de l'allongement hypertrophique du col était très différemment exposé par différents auteurs, les traitements de cette lésion étaient aussi multiples.

On peut distinguer le traitement qui est proposé pendant la grossesse et pendant le travail.

1) *Pendant la grossesse*

On a proposé l'ablation du col utérin pendant la gestation.

Potocki trouve que le pronostic de l'accouchement étant grave pour la vie de la mère et de l'enfant, il faut intervenir pendant la grossesse par l'amputation du col allongé et hypertrophié.

La lésion étant diagnostiquée, il faut opérer pendant le quatrième mois de la grossesse. On fait la section à un demi-centimètre au-dessous du niveau du cul-de-sac antérieur, sans exercer de traction sur le col. Après l'amputation, on fait la suture au catgut en affrontant exactement la muqueuse utérine et la muqueuse vaginale. Après, on fait l'injection du chlo-

rhydrate de morphine (1 centigr.) deux fois par jour, pendant les trois premiers jours, pour éviter la possibilité de l'avortement, qui peut être causé par le traumatisme opératoire, porté sur l'utérus. Mais l'ablation du col est, comme toutes les opérations faites sur l'utérus gravide, sérieuse, parce que, malgré l'injection de morphine, elle peut causer l'avortement et l'hémostase est souvent difficile.

D'autre part, elle crée la formation du tissu cicatriciel scléreux et dur qui produira la cause de la dystocie dans le cas des grossesses suivantes.

Verneuil a dit, qu'en dehors de cas d'urgence, il faut opérer seulement les « affections qui, sans être aggravées par elle, deviennent au terme de cette dernière la cause de dystocie ».

Mais nous avons démontré par les observations prises à la Maternité à Nancy, que l'allongement hypertrophique du col peut ne pas produire d'ennuis et l'accouchement peut se déclancher normalement et spontanément.

On peut arriver à produire l'accouchement normal par des moyens très simples.

Pendant la grossesse — si le col fait saillie hors de la vulve et la malade vient pour cette raison consulter le médecin, ou si le médecin a aperçu en touchant que le col est allongé et hypertrophié, ou s'il a vu sortir hors de la vulve, quand on fait pousser la femme — il faut aussitôt mettre la femme au repos. Elle doit rester allongée, le siège surélevé. On voit alors que petit à petit le col entre dans le vagin et que la lésion se réduit toute seule.

On explique la possibilité de disparition de l'allongement hypertrophique du col par le repos par l'action de la pesanteur. Il existe, sauf l'allongement hypertrophique évident, presque toujours un certain degré de prolapsus et d'œdème utérin. Leur présence explique la disparition de l'allongement hypertrophique par action de la pesanteur, si on met la femme au repos.

D'autre part, le repos prolongé produit la décongestion de la région pelvienne et le col diminue peu à peu de volume et rentre dans le vagin.

Il existe souvent de la métrite concomitante et l'écoulement plus ou moins abondant. Il faut alors pendant la grossesse pratiquer des injections intravaginales antiseptiques et faire l'hygiène extérieure nécessaire.

Fréquemment il existe des lésions surajoutées, comme les ulcérations, qui doivent être traitées par l'attouchement à la teinture d'iode. Il faut enlever le bandage de corps que les femmes portent fréquemment à cause du prolapsus du col. Le bandage, par les frottements, fait augmenter les lésions ulcéra-tives.

2) *Conduite à tenir* *au cours de l'accouchement*

A) *Expectation*. Si on constate l'allongement du col utérin pendant le travail, il faut pratiquer une expectation prolongée. Sauvage cite une observation d'un col énorme (une portion du col saillante hors

de la vulve atteignait 52 mm. de longueur), qui tout de même a permis la production de l'accouchement simple, après 25 heures d'expectation (chez une multipare)

Maleviele et Le Masson indiquent aussi dans leurs observations la nécessité d'une expectation prolongée. Dans le cas cité par Maleviele, l'expectation était très longue, 37 heures environ, malgré de bonnes contractions (primipare). Dans le cas de Le Masson, l'expectation était environ 50 heures.

B) Mais si on n'arrive pas par une expectation prolongée à un accouchement spontané, dans le cas de dystocie évidente, les auteurs ont proposé les traitements suivants :

- a) Par voie basse ;
- b) Par voie haute.

a) *Intervention par voie basse*

Maleviele montre que, malgré l'expectation prolongée, l'accouchement spontané était impossible parce qu'on ne peut pas arriver à avoir l'effacement et dilatation complète à cause de la persistance d'un anneau dur, de résistance fibreux au niveau de l'orifice externe du col. Le traitement consiste en trois incisions, qui sont portées sur le bourrelet dur et inextensible, qui rend l'accouchement impossible. Alors après l'expectation prolongée, quand du col effacé et dilaté ne reste qu'un bourrelet dur et fibreux, on fait sur le bourrelet trois incisions de 1 cm. 1/2 d'éten-

due. On fait une incision en arrière et deux latérales. Les incisions faites, la dilatation se produit rapidement et l'accouchement est possible.

Le Masson ne croit pas non plus dans la possibilité de l'accouchement spontané, parce que, après 50 heures de travail, le col reste à la dilatation de 5 Fr. Il propose alors la dilatation lente et progressive. On arrive à la dilatation par l'introduction dans le col de deux index et par la traction légère, exercée dans les intervalles entre les contractions utérines. Il arrive après 25 minutes à la dilatation suivie de double déchirure du col, mais qui, en raison de l'allongement hypertrophique, ne dépasse pas les limites du col. Après la dilatation, l'accouchement se produit spontanément. Le Masson trouve que la dilatation manuelle lente et progressive, suivie de la déchirure, est « ... la reproduction artificielle et très surveillée de ce qui se passe maintes fois à l'aveugle dans les accouchements normaux ».

b) Intervention par voie haute

On intervient rarement par la voie haute dans le cas de l'allongement du col utérin. Cette voie peut être justifiée quand, sauf l'allongement hypertrophique, existent d'autres lésions dystociques, comme par exemple le rétrécissement du bassin. C'est le rétrécissement du bassin qui nécessite l'opération césarienne et ce n'est pas l'allongement hypertrophique.

Dans la littérature concernant l'allongement hyper-

trophique, nous avons trouvé seulement un seul cas d'intervention par voie haute dans le cas d'allongement simple (Marat). L'auteur explique la nécessité d'une opération césarienne à cause de la déchirure probable et de la fièvre « ...redoutant l'infection et ne voyant pas la possibilité de terminer l'accouchement par voie naturelle — intervention par la voie haute s'impose... »

Mais la césarienne, c'est une opération, et la femme est exposée aux accidents pendant les grossesses qui vont suivre.

Conclusions :

Toutes les opérations sont plus ou moins traumatisantes. L'utérus saigne beaucoup et l'hémostase est difficile. Et en plus, il y a la formation du tissu cicatriciel, qui empêchera la dilatation du col et qui peut être la cause de la dystocie dans le cas des grossesses suivantes.

Mais par les procédés très simples — hygiène et mise de la femme au repos, siège surélevé — on peut arriver à faire disparaître cette dystocie et à déclencher l'accouchement simple et physiologique.

OBSERVATION I

Allongement hypertrophique, prolapsus, cystocèle. Accouchement normal (Maternité de Nancy, mars 1927 et juillet 1929).

Mme M..., 28 ans.

Antécédents héréditaires : grand-père et grand'mère sourds ; mère sourde (12 accouchements, 3 avortements), père normal, une sœur sourde, un frère sourd et muet, 2 frères normaux tués à la guerre, 2 frères bien portants.

Antécédents pathologiques : la femme est née sourde et muette, rééduquée à la Malgrange, parle actuellement.

Première gestation en 1925.

Enfant bien portant de 1 an, qui comprend quand on lui parle.

Deuxième grossesse actuelle.

Dernières règles du (?) mai. La femme entre le 12 mars à la Maternité. Elle est enceinte de 8 mois et présente depuis quelques jours l'apparition du col utérin à la vulve. Sous l'effet du repos au lit, le prolapsus du col disparaît. Elle entre à la salle de travail le 31 mars à 15 heures.

Au palper : 14 h. Hauteur utérine : 31 cm. Sommet engagé plus accessible à droite ; dos à gauche. Battements bons.

A l'inspection de la région vulvaire, on aperçoit une masse œdémateuse, rouge violacée, présentant par places des ulcérations plus rouges.

Au toucher : On constate que le col utérin est long et hypertrophié. Cette hypertrophie et le prolapsus que l'on constate actuellement ont disparu pendant la grossesse par l'application du repos. L'allongement se refait quand

on fait pousser la femme ; en même temps se produit un léger degré de cystocèle.

15 h. 45. Au palper : Hauteur utérine 31 cm. Sommet engagé plus accessible à droite. Dos à gauche. Battements bons.

Au toucher : Sommet à la partie basse de l'excavation. Col effacé à peu près complètement, sauf en haut et à droite. Dilatation d'une grande paume.

Poche saillante que l'on rompt. Liquide vert s'écoule. Les battements sont bons.

A 16 h., la femme attire l'attention.

La tête est à la vulve. Elle se dégage en O.P. Les épaules et le tronc suivent sans incidents. Garçon de 3.300 gr. qui crie aussitôt. L'expulsion se fait alors en 25 minutes.

Délivrance : Aussitôt après l'expulsion fœtale, l'utérus est à 4 travers de doigt sous l'ombilic. Après 10 minutes, le fond utérin atteint l'ombilic où il se maintient. La femme perd assez notablement pendant les contractions utérines, sans retentissement sur le poulx et l'état général.

Après 30 minutes le fond utérin est à un travers du doigt sous l'ombilic. On extrait le placenta par traction et expression combinées.

35 minutes après l'expulsion fœtale. Le col apparaît à la vulve. On fait la toilette de la femme. Teinture d'iode sur le col.

Expression de l'utérus, amène l'expulsion de volumineux caillots.

Poulx est accéléré (120). L'utérus se contracte mal. On fait une injection chaude (4 litres).

Suites de couches normales.

*
**

La même femme entre à la Maternité le 7 juillet 1929.

Elle présente l'allongement hypertrophique du col utérin. Elle a 2 enfants bien portants.

C'est la troisième grossesse.

La femme entre à la salle de travail à 16 h. On fait une toilette sommaire.

A 16 h. 15, la femme expulse une fille, en présentation du sommet, sans que la femme pût être examinée.

Délivrance normale au bout de 30 minutes par les procédés habituels.

Suites de couches sont normales.

La femme est examinée le 10 juillet à 22 heures. En poussant elle produit le prolapsus du col utérin hors de la vulve.

On réduit le prolapsus en mettant la femme au repos, siège surélevé.

OBSERVATION II

Allongement hypertrophique du col utérin. Accouchement normal. (Maternité de Nancy, janvier 1935).

Mme B..., âgée de 20 ans, entre à la Maternité le 28-11-34.

Antécédents familiaux : Le père est bien portant. La mère a eu 9 grossesses. Deux enfants sont morts en bas âge.

Antécédents personnels : La première grossesse en janvier 1929, bien supportée. Accouchement normal à terme d'une fille bien portante.

La deuxième grossesse, actuelle.

Dernières règles en juillet. Les six premiers mois, rien à signaler d'anormal. Au septième mois, apparition de varices douloureuses. Pertes rouges abondantes pendant 8 jours. On constate l'allongement hypertrophique du col. Aucun trouble fonctionnel ni subjectif. La femme n'a pas aperçu le col à la vulve. A l'examen médical (le 27-11) on constate que le col se trouve à la vulve et on conseille à la femme du repos. Après tout rentre en ordre très rapidement.

La femme vient à la consultation le 27 novembre. On lui conseille d'entrer à la Maternité pour bartholinite chronique et hypertrophie du col.

Le col était près de l'orifice vulvaire avec les incisions latérales profondes donnant l'aspect d'un bec de canard. On n'observe pas de tumeur au niveau des glandes de Bartholini. Le repos modifie sensiblement la situation. Le col remonte.

Le 18-12-1934. Sommet mobile, battements bien frappés.

Le 7-1-1935. Les premières contractions apparaissent le 7 janvier à 24 heures. Elles s'intensifient et vers 5 heures du matin elles reviennent régulièrement toutes les 5 minutes.

Au palper : Le sommet qui s'engage est plus accessible à droite. Le dos est à gauche. Les battements sont bons.

Le toucher : Col souple, dilatation à une petite paume. Tête à la partie moyenne, grande fontanelle au centre. Les contractions sont régulières et fréquentes.

A 9 h. 10 : La femme perd des eaux ; s'écoule un liquide clair, peu abondant. La femme manifeste l'envie de pousser. La tête apparaît à la vulve. Elle progresse rapidement, se fixe et dégage en O.P.

Epaules et tronc suivent rapidement. Il naît un garçon de 3.300 gr., bien portant qui crie aussitôt.

La délivrance est normale, après 30 minutes. Dans les suites de couches, rien à signaler.

OBSERVATION III

Allongement hypertrophique du col utérin. Dystocie des multipares. Cranioclasie (Maternité de Nancy, mai 1937).

Mme H..., âgée de 41 ans, entre à la Maternité le 9 avril 1937.

Antécédents héréditaires : Père bien portant. Mère morte de cancer à l'estomac. Une sœur morte jeune. Deux avortements. Six frères bien portants.

Antécédents personnels : Réglée à 11 ans, tous les 30 jours pendant 3 jours. Comme maladies antérieures : pneumonie droite à 32 ans, coliques hépatiques à 40 ans.

Gestations antérieures :

1) Gestation en 1932 : un garçon de 4.000 gr. nourri au sein ; accouché au forceps. Bien portant.

2) Gestation en 1923 : un garçon de 4.000 gr., nourri au sein. Accouchement normal. Il est bien portant.

3) Gestation en 1925 : un garçon de 4.500 gr. Accouchement normal. Bien portant.

4) Gestation en 1927 : une fille de 3.900 gr. Bien portante.

5) Gestation en 1934 : une fille de 4.500 gr., morte à la naissance. Lenteur de l'accouchement. On note ici déjà l'allongement hypertrophique du col.

6) Gestation en 1936 : un garçon de 4.500 gr. accouché au forceps, mort à la naissance.

7) Gestation actuelle.

Dernières règles sont du 25-28 juillet 1936.

Après le quatrième accouchement, début, allongement hypertrophique du col peu marqué, entre la cinquième et sixième grossesse même état, mais le port d'un pessaire est nécessaire. Après la sixième grossesse, l'hypertrophie du col augmente considérablement, le port d'un pessaire est insuffisant, il est débordé par la masse cervicale qui apparaît à la vulve. La femme a une sensation de pression interne très gênante. Au cours de la septième grossesse le col apparaît à la vulve, on voit la lèvre antérieure et la lèvre postérieure. Toutes les deux sont très œdématisées et ne sont plus réductibles. Le bandage du corps augmente l'œdème cervical. On le supprime et on surélève légèrement le siège de la femme. En 2 jours l'œdème disparaît et le col rentre dans le vagin.

Palper : Paroi très flasque, distendue, sans aucune tonicité. Utérus très volumineux et dilaté, excès de liquide. Tête très mobile au détroit supérieur, légèrement déviée vers la porte iliaque gauche. Battements perçus faibles.

Toucher : En entr'ouvrant les grandes lèvres on voit la lèvre antérieure du col. La lèvre postérieure encombre le vagin tant elle est développée. Le col dans son ensemble est hypertrophié.

15-4-1937. Gros excès de liquide. Présentation du siège, fœtus très mobile.

16-4-1937. Le fœtus a basculé. Présenta bien du sommet.

4-5-1937. La femme est amenée à la salle de travail.

Au palper : L'utérus a diminué de volume. Petit pôle rond très mobile au D.S.

Toucher : Col très allongé. Le pôle inférieur de l'œuf est intact et tendu. On a l'impression d'une tête au D.S. très élevée. Rupture haute est probable.

17 heures : La dilatation n'est pas très facile à évoluer en raison de l'allongement hyperthrophique du col, qui n'est pas très dilatable. On accède à la partie haute le pôle dur, qui paraît bien être une tête. Le pôle inférieur de l'œuf est toujours intact. Les battements sont bons.

5-5-1937, à 10 heures : Pôle inférieur de l'œuf est toujours intact. On rompt largement les membranes, la femme étant mise en position gynécologique. La tête est très élevée, défléchie en face.

17 h. 30. Toucher : Col très dilatable jusqu'à la grande paume. Tête à la partie haute non engagée qui se fléchit, les orbites sont encore accessibles en haut et à gauche. Les battements sont bons.

20 h. 30. Toucher : Dilatation pratiquement complète. Tête haute. On atteint la grande fontanelle en arrière et à gauche et la petite fontanelle en avant et à droite. Batte-

ments sont bons. On fait pousser la femme et on administre l'hypophyse (2 unités).

20 h. 55. On fait une nouvelle injection de 2 unités de post-hypophyse. Les contractions sont irrégulières et renforcées.

6-5-1937. 0 h. 30. La femme est épuisée, pousse malgré tout sans arrêt. Toujours la même situation.

Toucher : Tête à la partie haute en D.T. défléchie. Le col hypertrophié qui remplit le vagin et ses replis est souple, très dilatable.

On décide de pratiquer une application de forceps. La femme pousse depuis 20 h. 30. Les battements sont perçus dans le flanc droit, lointains mais réguliers.

Anesthésie au Schleich. Prise en D.T. Articulation assez facile. Le col hypertrophié ne gêne pas. Tractions très en bas. Mais la tête ne bouge pas, et au moment où on sent que le forceps glisse, on enlève le tracteur et on désarticule. On perçoit mal les battements. On fait une deuxième prise. Mais le forceps glisse sur la tête — on enlève avec précautions.

Toucher manuel : Tête défléchie à la partie haute.

On fait une troisième prise. On n'arrive pas à articuler la deuxième cuillère et on décide de terminer l'accouchement par une cranioclasie. Les battements ne sont plus perçus.

On repère la tête au niveau pariétal droit avec difficulté, car la tête est refoulée dans l'abdomen. Pose de la cuillère mâle. Difficulté de la pose de la cuillère femelle en raison du col, qui remplit tout le vagin. Articulation. Broyage. Tête descend difficilement. Extraction d'une fille de 4.200 gr. Délivrance artificielle. Suites de couches normales.

OBSERVATION IV

Allongement hypertrophique et prolapsus du col utérin. Réduction pendant la grossesse. Accouchement normal (Maternité de Nancy, mars 1938).

Mme A..., âgée de 43 ans.

Antécédents personnels : Réglée à 18 ans. Règles régulières, abondantes (10 jours).

Gestations antérieures :

Un avortement en 1919 (avortement de 3 mois).

Deuxième grossesse en 1920. Accouchement normal, enfant bien portant de 3.250 gr.

Troisième grossesse en 1922. Accouchement normal, garçon bien portant de 3.300 gr.

Quatrième grossesse en 1925. Une fille de 3.200 gr. Accouchement normal.

Cinquième grossesse en 1928. Un garçon bien portant. Accouchement normal.

Sixième grossesse en 1931. Un garçon de 2.900 gr. Accouchement normal, suites de couches normales.

Septième grossesse en 1933. Une fille de 3.000 gr. Accouchement normal. Enfant bien portant.

Huitième. Avortement de 3 mois en 1934.

Neuvième. Grossesse actuelle.

Les dernières règles sont du 20 mai au 30 mai 1937. Depuis 5 ans et demi (c'est-à-dire après le septième accouchement en 1933), la femme a vu son utérus descendre entre les jambes, lorsqu'elle restait longtemps dans la station debout. Elle a présenté le prolapsus et l'allongement hypertrophique du col utérin. Mais à ce moment le prolapsus était peu accentué. Mais depuis un mois le prolapsus s'accroît et gêne la femme de plus en plus. Elle présente des difficultés de la miction et de la défécation. Elle accuse aussi des douleurs vésicales et lombaires. A chaque sortie de l'utérus, la femme perd du

sang et des glaires. La femme est envoyée par son médecin à la Maternité le 8 septembre 1937 pour le prolapsus. On constate alors un prolapsus énorme et l'allongement hypertrophique du col utérin. On ordonne 3 jours de repos, siège surélevé et tout rentre dans l'ordre et la femme repart chez elle.

Le 7-2-1938, la femme revient au service.

Palper : Utérus très étalé. H.U. 30 cm. La tête est très élevée et mobile, dos à droite. Battements bons. On pose une ceinture et tampons et on conduit la femme au dortoir. Elle présente de l'allongement et du prolapsus utérins. On met la femme au repos et tout rentre en ordre.

Accouchement le 8-3-1938. Début des douleurs à 13 h. Douleurs sont régulières, survenant d'abord toutes les 20 minutes, puis toutes les 10 minutes, puis toutes les 5 minutes.

15 h. 15. Entrée en salle de travail.

Palper : Même constatation que précédemment.

Toucher : Col effacé, dilaté comme une paume. La tête n'est pas encore engagée, on la sent au bout du doigt au-dessus du détroit supérieur. On pose les tampons et ceinture. On remarque, que le pansement est souillé par un liquide verdâtre. On décide de rompre les membranes avec toutes les précautions d'usage. Rupture artificielle de la poche des eaux. Il s'écoule un liquide vert, purée de pois — très abondant. La tête applique mal et n'a aucune tendance de descendre. A un moment donné on perçoit au toucher une anse de cordon, que l'on refoule très facilement.

Au bout de 45 minutes la femme manifeste des envies de pousser.

Au palper : La tête n'est plus perceptible au-dessus du D.S.

17 h. 05. Toucher : La dilatation est complète. Tête à la partie moyenne de l'excavation. Grande suture en D.T. Les battements sont bons.

En quatre poussées la tête descend progressivement vers le périnée, se fixe et se dégage en O.P.

A 17 h. 15, la femme expulse un garçon de 3.940 gr. qui crie aussitôt. Il est suivi d'une certaine quantité de liquide verdâtre.

Délivrance : Après 20 minutes, le placenta apparaît à la vulve. La simple expression utérine amène un gros placenta de 750 gr. Les membranes sont complètes. Les suites de couches sont normales. On note un cystocèle très apparent. La paroi antérieure vaginale apparaît à la vulve.

OBSERVATION V

Prolapsus et allongement hypertrophique du col.

Due à l'obligeance de Monsieur le Professeur Fruhins-holz).

Mme X..., 34 ans, toujours bien portante et bien réglée. Mariée à 30 ans.

Enceinte après trois mois. Dès six semaines de grossesse, prolapsus du col qui persiste durant toute la grossesse. Accouchement normal à terme.

Opérée ensuite d'un kyste du ligament large et du ligamentopexie.

Malgré celle-ci le prolapsus se reproduit.

Deuxième grossesse :

Dès le début et tout le long de cette grossesse le col affleure à la vulve et la dépasse (Présente assez souvent de la difficulté à uriner). Perd de temps en temps un peu de sang.

Femme maigre. A trois mois de grossesse le col est à la vulve, gros, oedémateux avec une ulcération circulaire rouge vif.

Au toucher : Les culs-de-sac remontent à 3 ou 4 cm. dans le vagin. L'utérus est rétrofléchi et gêne manifestement l'évacuation vésicale.

OBSERVATION VI

Allongement hypertrophique du col. Amputation du col. Accouchement normal.

(M. Potocki : « De l'amputation du col pendant la grossesse dans le cas d'allongement hypertrophique de sa portion vaginale ». *Annales de gynécologie*, 1906.)

...J'examinai une femme qui... depuis deux ans environ, s'était aperçue de la présence à la vulve d'une tumeur, qui d'abord n'apparaissait qu'à intervalles après des efforts ou des fatigues, mais qui n'avait pas tardé à s'installer définitivement. Elle consulta un médecin, qui fit le diagnostic d'allongement hypertrophique de la portion vaginale du col.

A l'examen, je constatai que l'utérus remontait à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic et que sa forme, ses dimensions et sa consistance étaient exactement celles d'un utérus gravide de quatre mois environ... A la vulve apparaissait le col de l'utérus, gros, violacé, légèrement ulcéré, formant une saillie qui dépassait d'un centimètre environ au niveau des petites lèvres. Il ne pouvait être refoulé qu'avec difficulté dans le vagin et retombait aussitôt. Les culs-de-sac vaginaux avaient leur profondeur ordinaire, en sorte qu'il s'agissait très nettement d'une hypertrophie de la portion intra-vaginale du col de l'utérus.

Il n'y avait pas le moindre degré de cystocèle.

Je pratiquai l'opération à quatre mois de grossesse. Amputation du col à deux lambeaux, à un demi-centimètre au-dessous du niveau du cul-de-sac antérieur. L'amputation est faite sans qu'il soit exercé de traction sur le col. Les suites opératoires ont été absolument normales. La grossesse s'est poursuivie ensuite sans incident. L'accouchement après trois heures de douleurs, expulsion spontanée d'un garçon bien portant.

OBSERVATION VII

Allongement hypertrophique du col. Dilatation manuelle du col pendant l'accouchement.

(Le Masson : *Revue pratique d'obstétrique et de pédiatrie*, 1911).

Mme X..., âgée de 32 ans.

Examen : Utérus en antéflexion, allongement hypertrophique de la portion sous-vaginale, mesurant 6-7 cm. L'utérus n'était pas prolabé, le corps était de volume normal mais par suite d'allongement le col était accessible à quelques centimètres de l'entrée du vagin.

Vers le cinquième mois, déjà perçues à plusieurs reprises pendant les premiers mois, les douleurs abdominales médianes.

Du cinquième au neuvième mois, la grossesse eut une évolution absolument normale.

Le 16 août 1908 rupture prématurée des membranes... Les contractions douloureuses commencent et continuent toute la nuit du 16 au 17. Le 17 août, à 9 h., le col est en voie d'effacement, surtout au niveau de la lèvre antérieure.

A 2 h. après-midi : le col avait diminué de longueur. Son aspect était celui d'un col ordinaire de primipare presque complètement effacé.

A 6 h. 1/2 après-midi : l'effacement était complet, la dilatation lenticulaire. Bain prolongé à 38° pour réveiller les contractions. Les contractions redeviennent régulières tout de 5, après 3 minutes.

Le 18 août, à 3 h. du matin, la dilatation était de 5 Fr... Pendant 18 heures la dilatation demeura stationnaire. Pendant cette longue période on donne un deuxième bain prolongé et des injections vaginales très chaudes.

A 9 h. du soir il n'y avait pas la moindre modification

dans l'état du col. On place la femme dans une position obstétricale. Dans l'intervalle de deux contractions j'ai introduit deux index sur chaque commissure et j'ai commencé par la dilatation lente et progressive qui dura 20-25 minutes. Vers la fin de la dilatation, le col céda au niveau de chaque commissure ; il se fit une double déchirure, elle ne dépassa pas les limites du col. A partir de ce moment la tête aidant, la dilatation fut rapidement complète.

A 9 h. 3/4, l'accouchement se terminait par l'expulsion spontanée d'un garçon. Suite de couches normal.

Deuxième grossesse : normale, terminée le 26 juin 1910 par expulsion spontanée d'un garçon. Durée de travail : 4 heures.

Troisième grossesse : normale, terminée le 3 juillet 1911, par un accouchement à terme. Expulsion spontanée en dix minutes, après 7 heures de dilatation.

OBSERVATION VIII

Allongement hypertrophique du col. Incisions du col. (Service du Dr Planchu, *Thèse de Malevièle*, Lyon, 1921.)

Mme M..., 25 ans.

Dernières règles le 27 août 1920.

Après les deux premiers mois de la grossesse la malade remarque une saillie du col utérin. L'orifice cervical était environ à deux centimètres de la vulve.

Depuis le deuxième mois, l'hypertrophie s'est progressivement accusée, ce dernier s'extériorisant de plus en plus.

En mars 1921 elle voit le Dr Planchu, qui diagnostique un allongement hypertrophique du col et note une ulcération des lèvres du col.

8 juin. Début des douleurs le 9 juin à une heure. Dou-

leurs très fortes à partir de 7 heures du matin. Le col est toujours visible comme pendant la grossesse.

24 heures : Le col est toujours visible à la vulve. Toucher : La lèvre postérieure du col s'est retirée un peu, mais la lèvre antérieure toujours épaisse, œdématisée, est pincée entre le pubis et la tête fœtale.

10 juin, 9 h. Pendant 32 heures, la malade a eu des contractions utérines régulières, très rapidement fortes toutes les 3, 4, 5 minutes. Ces douleurs ont été atténuées à deux reprises par des lavements de chloral, mais elles ont continué toujours très régulièrement. Ce long labeur de contractions utérines a déterminé les modifications suivantes : jusqu'à la trentième heure environ le col est resté extérieur, ébauchant simplement un petit mouvement de retraite pendant la contraction utérine. A partir du 10, à 7 heures le col n'apparaît plus. Le col, pendant tout ce long travail, ne s'est pas complètement effacé. Il s'est seulement raccourci et sa longueur, de 6 à 8 cm. au début du travail, n'est plus actuellement que d'un centimètre et demi. La sensation donnée par le col est celle d'une dureté œdémateuse formant autour de l'orifice une sorte de bourrelet, qui tranche très nettement sur la sensation très amincie du segment inférieur.

A 15 h. 1/2. L'examen montre que le col est enfin notablement effacé. Il existe un bourrelet péricervical d'un demi-centimètre environ, assez dur, assez épais. Mais l'orifice cervical est actuellement dilaté à 3 cm.

Dans le but de hâter cette longue période de dilatation, on fait trois incisions d'1 cm. 1/2 d'étendue sur ce bourrelet dur, circulaire, soit : une incision en arrière et deux latérales atteignant la zone amincie du segment inférieur.

Bien que la dilatation réelle, obtenue par les incisions, dépasse à peine 2 francs, elle se complète très rapidement. A 5 heures du soir, la malade se mit à pousser : la dilatation est complète. 3 heures après les cheveux

apparaissent à la vulve. Tête très mobile. Une application du forceps. Terminaison sans incidents.

20 juin : Le col fait hernie à la vulve d'environ un centimètre au moment des efforts dans la station debout, pendant la marche. Pendant le repos au lit, le col revient dans le vagin.

15 septembre : Le col se trouve de nouveau hors de la vulve, malgré le port du pessaire. Il est légèrement exulcéré.

OBSERVATION IX

Allongement hypertrophique du col. Accouchement spontané sans interventions. Déchirure du col.

(Sauvage, *Ann. de Gyn. et Obst.*, 1906.)

Il s'agissait d'une femme âgée de 41 ans. Seconde grossesse en 1890. Les règles étaient supprimées depuis cinq mois, lorsque la femme s'aperçut, pour la première fois, de l'issue d'un corps dur et charnu à travers la vulve. Après un travail de 15 heures environ, l'enfant naquit vivant et à terme. Pendant les suites de couches, le soignant prolapsus diminua considérablement. C'est seulement après quinze ans de stérilité, qu'une nouvelle grossesse survint. Pendant la grossesse, et particulièrement à partir du quatrième mois, la tumeur augmenta progressivement de volume et fit une saillie de plus en plus manifeste hors des parties génitales. En même temps, la marche devenait gênée et fatigante et les troubles urinaires s'accroissaient.

Par la vulve saillait une tumeur assez régulièrement cylindrique, rouge violacé, insensible à la pression et mesurant 4 cm. de longueur. Les culs-de-sac vaginaux étaient conservés. En présence de ces constatations, je portai le diagnostic d'allongement hypertrophique du col, il n'y avait pas lieu à intervention, et nous laissâmes,

évoluer la grossesse, en mettant la femme au repos complet au lit.

Les premières contractions utérines douloureuses apparurent, le 19 septembre, à 8 heures du matin. Le travail fut long et pénible. Les membranes se déchirèrent à midi. Il fallut 20 heures de douleurs régulières et énergiques, pour que le col s'effaçât. Après une période de dilatation de 5 heures, au bout de laquelle l'orifice n'était encore ouvert que comme une paume de main, le travail se termina brusquement, et en quelques minutes, par l'expulsion d'un enfant vivant.

Après la délivrance, la lèvre antérieure du col, œdématisée, faisait seule saillie hors de la vulve ; le toucher permit de constater l'existence d'une déchirure de la commissure gauche du col, mesurant 4 à 5 cm. de long.

Dès le lendemain de l'accouchement, le col qui était remonté dans le vagin pendant le travail, reparut à la vulve.

CONCLUSIONS

1. — L'allongement hypertrophique du col utérin est une lésion relativement rare.

2. — On le rencontre surtout chez les multipares.

3. — Il existe fréquemment avec le prolapsus.

4. — C'est une lésion qui n'empêche pas que la grossesse progresse normalement.

5. — Le traitement de l'allongement hypertrophique est, dans la majorité des cas, simple.

Pendant la grossesse : mise de la femme au repos, siège surélevé. Hygiène. Par cette méthode simple on peut arriver à réduire cette lésion, à faire disparaître le prolapsus et à éviter l'accouchement dystocique.

6. — Si l'accouchement ne se produit pas spontanément, il faut faire d'après les auteurs :

Intervention par voie basse : Dilatation manuelle, incision du col ;

Intervention par voie haute : Césarienne haute — très rare.

7. — L'amputation du col utérin pendant la grossesse, pratiquée par certains auteurs, doit être abandonnée, à cause de la formation du tissu cicatriciel qui sera la cause de la dystocie dans le cas de gestations suivantes.

BIBLIOGRAPHIE

- AUVARD. — Traité d'accouchement.
- BERNERD BEIG, Gaston FOURNIE, PRADEL. — A propos de l'allongement hypertrophique du col utérin. *Bulletin de la Société d'obstétrique et de gynécologie*, 1935, p. 358.
- BRINDEAU. — Pratique de l'accouchement, Tome III, p. 201.
- CATHALA. — L'œdème du col de l'utérus au cours du travail de l'accouchement. Leçon du jeudi soir à la clinique Tarnier, XI^e année, 1934, p. 60.
- CAZEAUX. — Indication et hypertrophie du col. Accouchement, p. 733.
- DEMÉTRIADIS. — Contribution à l'étude de l'hypertrophie sous-vaginale du col de l'utérus. Thèse de Paris [1892-93].
- FABRE. — Précis d'obstétrique, Vol. II, p. 285.
- HALBRECHT. — Elongation du col et accouchement. *Bulletin de la Société d'obstétrique et de gynécologie*, 1933, p. 707.
- LEVY-SOLAL et SIRECUV. — Allongement hypertrophique du col ; augmentation haute du col utérin combinée à la colpectomie antérieure. *Bulletin de la Société d'obstétrique et de gynécologie*, 1934, p. 708.

- MALEVIELE. — L'allongement hypertrophique du col de l'utérus pendant la grossesse. Thèse de Lyon [1921-22].
- MARAT. — Hypertrophie pathologique du col utérin. *Bulletin de la Société d'obstétrique et de gynécologie*, 1934, p. 669.
- LE MASSON. — Dystocie maternelle par allongement hypertrophique de la portion sous-vaginale compliqué d'une antéflexion congénitale avec sténose de l'orifice externe du col. *Revue pratique d'obstétrique et de pédiatrie*, 1911, p. 330.
- PICHEVIN. — A propos de l'allongement hypertrophique du col. *La semaine gynécologique*, 1906, p. 201.
- PILLET et POTOCKI. — Allongement hypertrophique du col utérin. Sa pathogénie. *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, 1896, p. 385.
- POTOCKI. — De l'amputation du col pendant la grossesse dans le cas d'allongement hypertrophique de sa portion vaginale. *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, 1906, p. 709.
- ROZENDO. — Allongement et hypertrophie du col avec accouchement spontané. *Bulletin de la Société d'obstétrique et de gynécologie*, 1936, p. 33.
- SAUVAGE. — Allongement hypertrophique du col pendant la grossesse. *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, 1906, p. 732.
- SEJOURNET. — Les allongements congénitaux et évolutions du col de l'utérus. Etudes de gynécologie clinique et opératoire, Fascicule I, 1926, p. 133.
- TARNIER. — Traité d'accouchement, Vol. II, p. 221 ; Vol. III, p. 419.
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	7
DÉFINITION ET ÉTIOLOGIE	9
PATHOGÉNIE	13
ANATOMIE PATHOLOGIQUE	16
SYMPTOMATOLOGIE	19
DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL	25
PRONOSTIC DE L'ACCOUCHEMENT	29
TRAITEMENT	42
OBSERVATIONS	48
CONCLUSIONS	64
BIBLIOGRAPHIE	65

Vu :

Nancy, le 16 Juillet 1938.

Le Président de Thèse,

A. FRUHINSHOLZ.

Vu et approuvé :

Nancy, le 22 Juillet 1938.

Le Doyen de la Faculté de Médecine,

L. SPILLMANN

Vu et permis d'imprimer :

Nancy, le 23 Juillet 1938.

Le Recteur de l'Académie,

L. BRUNTZ,

Président du Conseil de l'Université.

